



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL SECTEUR JEUNESSE 2017-2018

1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT			
Nom de famille		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom		Date de naissance	/ / (AAAA/MM/JJ)
Adresse			
Ville		Code postal	
No Assurance maladie		Date d'expiration	
Diagnostiques			

2. PARAMÈTRES PHYSIQUES			
Grandeur		Poids	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg
Tension artérielle		Pouls au repos	

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Date du dernier vaccin Antitétanique		Date du dernier vaccin Hépatite B	
Le participant a-t-il déjà subi une chirurgie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez la nature et l'année :	Le participant vous a-t-il consulté dans les deux dernières années autres que pour des examens annuels ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez :
Le participant a-t-il déjà eu ?	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine

4. ALLERGIES	
Est-ce que le participant a-t-il des allergies ?	Médicament <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez : Aliments <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez : Insectes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez : Autres <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez :

5. ÉTAT DU PARTICIPANT	
Est-ce que l'état du participant lui permet de faire de l'activité physique en respectant ses capacités ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si non précisez :
Est-ce que l'état du participant permet qu'il se baigne en piscine d'eau chaude (eau entre 91F et 97F) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si non précisez :
Y a-t-il un risque de déshydratation chez le participant ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez :
L'état de santé du participant est STABLE	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si non précisez :

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont exactes

Nom et prénom du médecin :

Numéro de pratique :

Adresse de pratique :

Téléphone :

Signature :

Vérifié par la personne responsable au Centre Viomax

Date :